

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o 449

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GOLDSTEIN, née Dina KOUTCHOUK

Née le 7 avril 1907, à Kichineff (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMYOMES UTÉRINS

PENDANT LES SUITES DE COUCHES

Président : M. BRINDEAU, Professeur

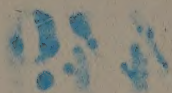
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GOLDSTEIN, née Dina KOUTCHOUK

Née le 7 avril 1907, à Kichineff (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMYOMES UTÉRINS

PENDANT LES SUITES DE COUCHES

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BENARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER.....	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT.....	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma grande reconnais-
sance.*

A MON MARI

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON BEAU-PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON AMIE (*in memoriam*)

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
Officier de la Légion d'honneur

*Nous lui exprimons notre profonde
reconnaissance pour la bienveillance
avec laquelle il nous a accueilli dans son
service et pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR A. WEIL

Chef de clinique de la Faculté

*Qui a bien voulu nous aider dans la
réunion de documents nécessaires à ce
travail.*

*Nous lui exprimons toute notre grati-
tude et respectueux hommages.*

A M. LE DOCTEUR DESSOUBRY

Ancien Chef de Clinique de la Faculté

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR GUILLEMOT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

M. LE PROFESSEUR CLAUDE

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAGUENEAU

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE STRASBOURG

M. LE PROFESSEUR R. MERKLEN

M. LE PROFESSEUR AMBARD

M. LE PROFESSEUR ROEMER

M. LE PROFESSEUR BARRÉ

M. LE PROFESSEUR R. LERICHE

M. LE PROFESSEUR STOLTZ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FIBROMYOMES UTÉRINS
PENDANT LES SUITES DE COUCHES

INTRODUCTION

La plupart des travaux consacrés à l'étude des fibromes et de la puerpuralité, ont été orientés vers la question : fibromes pendant la grossesse et pendant l'accouchement. La question de *l'évolution de fibro-myomes pendant les suites de couches* n'occupe que peu de place dans ces travaux. Et pourtant cette question est particulièrement intéressante, non pas tellement par la fréquence des complications qui peuvent survenir à ce moment, que par la gravité de ces dernières, du fait qu'elles surviennent dans les conditions particulièrement défavorables que présente la femme venant d'accoucher.

En écrivant ce travail nous n'avons aucunement l'ambition d'émettre des idées neuves sur cette question, nous voudrions simplement grouper ce qui a été dit à ce sujet au cours de ces 10 à 15 dernières années.

Les observations cliniques encore inédites que nous avons pu recueillir dans le service de M. le professeur Brindeau et celles que nous avons colligées, en dépouil-

lant la littérature médicale vont servir de base à l'étude de l'évolution et surtout des complications que peuvent présenter les fibro-myomes pendant les suites de couches.

Avant d'entrer dans le vif du sujet nous devons exprimer notre reconnaissance à notre Maître M. le professeur Brindeau. C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail. Nous ne saurions trop le remercier de nous avoir laissé puiser librement dans les documents de son service.

Nous ne saurions clore cette introduction sans remercier également M. le D^r Weill chef de clinique à la faculté pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans la réunion des documents nécessaires à ce travail.

DÉFINITION

Le plus souvent les fibromes utérins *régressent* pendant les suites de couches, en même temps que l'utérus lui-même. La tumeur diminue progressivement, parfois très rapidement (surtout les fibromes interstitiels). On assiste alors à une véritable fonte de celle-ci : « un fibrome gros comme une tête de fœtus n'est plus perceptible 3 mois après l'accouchement » (Brindeau).

Le mécanisme de cette régression est probablement analogue à celui de l'involution utérine, la tumeur prenant part aux phénomènes physiologiques de celle-ci. Elle peut être complète ; le plus souvent cependant, elle est incomplète.

Ces faits sont classiques et admis par tous les auteurs (Brindeau, Bar).

Cependant dans certains cas plus rares, la régression ne se fait pas ; on assiste alors à un accroissement de la tumeur (Ribemont, Dessaignes). Dans d'autres cas, enfin, surtout lorsque l'accouchement a été dystocique, le fibrome ayant été comprimé, laminé, en un mot traumatisé, il s'ensuit des complications graves :

- 1^o *la dégénérescence graisseuse et granules graisseux de la tumeur* (Cornil, Piquaud et Lemaire) ;
 - 2^o *les hémorragies* rares, mais très graves. Voir (Pozzi) (surtout des fibromes sous-muqueux ;
 - 3^o *la torsion* et enfin et surtout :
 - 4^o *l'infection*, qui évolue vers la suppuration et la gangrène.
-

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des fibromes ayant subi la régression après l'accouchement, à notre connaissance, n'a que très rarement été faite, ces cas n'exigeant point d'intervention chirurgicale. De sorte que cette régression n'a, le plus souvent, été constatée que cliniquement.

Cependant le professeur Keiffer de l'Université de Bruxelles, a pu grâce à des circonstances favorables observer microscopiquement les processus intimes, qui amènent la régression et la fonte totale ou presque totale de ces tumeurs. D'après cet auteur, cette régression se fait grâce à la *lipolyse*, mais il s'empresse d'ajouter qu'elle est loin d'être la seule à assurer ce résultat.

« Elle est associée à la tuméfaction trouble qui est le phénomène de début, aux dégénérescences hyaline, muqueuse, hydropique et vasculaire, que l'on voit en succession ou en combinaison attaquer les éléments conjonctifs.

« Les détails de la lipolyse apparaissent bien, surtout dans la fibre musculaire autour du noyau. Les

faisceaux conjonctifs semblent résister plus longtemps.

« A la fin le fibro-myome apparaît comme un tissu spongieux dans les mailles duquel se montre un complexe, où se trouve accumulé des gouttelettes graisseuses de tous les volumes, des débris cellulaires de tous les éléments constitutants.

« Les stades les plus intéressants à suivre sont ceux où l'on observe l'infiltration extrêmement délicate de graisses à l'état colloïdal, en quelque sorte, tant ses granulations sont imperceptibles aux plus forts grossissements (de rouge Soudan les met particulièrement bien en valeur).

« A ce stade on discerne, aussi beaucoup de cellules migratrices, lymphoïdes incorporant des gouttelettes graisseuses et devenant des macrophages géants.

« Les vaisseaux lymphatiques qui ont encore résisté à la fonte, charrient globules blancs, globules rouges, lymphocytes, macrophages, cellules dégénérées de tous genres. Le tissu fibro-myomateux présente un aspect pénétré ressemblant à ce que l'on appelle de la tôle déployée.

« Au stade terminal, les noyaux fibreux sont entièrement vidés, vastes cratères aux bords déchiquetés, où l'on ne discerne pas de tentative à la réparation structurale. »

Fibromes compliqués. — Dans tous les autres cas, les fibromes présentent des complications, que ce soit des phénomènes infectieux, des phénomènes hémorragiques ou les deux associés, la pièce exami-

née anatomiquement après l'intervention chirurgicale ou après l'autopsie, montre des lésions constantes de *nécroliose associée ou non à l'infection*.

La plupart des fibromes suppurés ou sphacelés des suites de couches sont des fibromes sous-muqueux sessiles.

Les fibromes pédiculés sont plus rares. Ils sont le plus souvent insérés sur le segment inférieur de l'utérus.

Le pédicule est fréquemment épais, et large, contenant des gros vaisseaux.

On peut le trouver tordu, en général dans le sens des aiguilles d'une montre.

Le degré de cette torsion est variable. Parfois cette dernière entraîne celle de tout l'organe.

EXAMEN MACROSCOPIQUE.

La forme des fibromes est variable ; leur volume va de celui d'un œuf à celui d'une tête de fœtus.

A l'examen de la tumeur on constate souvent une odeur fade rappelant celle des substances aminées (Taylor).

Dans les cas des fibromes compliqués de gangrène l'odeur est infecte.

A l'inspection la tumeur présente une coloration variable passant du jaune vert, au jaune chamois, rouge brique, rouge hortensia, rouge noir, etc.

A la palpation, la tumeur est souvent molle, donnant l'impression d'un kyste, surtout au centre où

à la coupe on constate des geôles d'un volume inégal, renfermant une bouillie puriforme aseptique dans la majorité des cas.

Ces lésions peuvent être généralisées ou localisées en foyers délimités par du tissu normal.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Les fibres musculaires de ces tumeurs présentent un défaut de colorabilité.

Si les lésions ne sont pas trop avancées on constate que les noyaux sont pâles ou vésiculeux. Si au contraire la nécrose est généralisée on ne constate qu'un tissu vaguement fasciculé avec quelques points granuleux, vestiges des noyaux.

Les vaisseaux sont altérés, leur paroi est nécrosée, cette nécrose est très souvent aseptique, même lorsque la malade a présenté des phénomènes infectieux qui ont amené l'intervention.

Dans d'autres cas, moins fréquents, on constate des foyers suppurés, centraux ou périphériques ; en même temps qu'une infection utérine très prononcée. Dans les cas où le fibrome a été traumatisé d'une façon importante pendant l'accouchement on retrouve des lésions classiques de gangrène.

Dans certains cas assez rares, on constate à côté de lésions de nécrobiose, de degrés divers, *des régions hémorragiques* colorées en noir.

Ces régions sont sans aucune délimitation ; les faisceaux myomateux et la gaine conjonctivo-vascu-

laire, sont profondément dilacérés. Les vaisseaux sont dilatés à l'extrême, toujours remplis du sang (obs. 19, thèse de Paris, Julia). Une diapédèse leucocytaire trop abondante se voit dans certains vaisseaux.

LÉSIONS ADJUVANTES.

Lorsqu'on pratique une intervention pour un fibrome compliqué, on tombe généralement en péritoine libre.

Pas d'adhérences, pas de dépoli de la séreuse et l'on est forcé d'invoquer le péritonisme pour expliquer les phénomènes abdominaux que présentait habituellement la malade avant l'intervention.

Plus rarement il existe des traces visibles de réaction péritonéale sous forme d'adhérences, de placards fibrineux, de brides en voie d'organisation. Enfin dans les cas exceptionnels de gangrène des fibromes et de l'utérus, ayant entraîné sa perforation on peut constater des lésions de péritonite grave.

Le péritoine contient alors de la sérosité louche et épaisse.

Le tablier épiploïque recouvre et adhère à la tumeur, qui peut baigner dans une véritable loge de pus.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous savons que le plus souvent les fibromes régressent pendant les suites de couches, mais la cause de cette régression nous est inconnue. Quant au mécanisme de la régression spontanée des fibromyomes de l'utérus, la plupart des auteurs admettent qu'il serait analogue à celui de l'involution utérine ; la tumeur participant aux phénomènes physiologiques, qui se passent au niveau de l'organe de gestation.

D'après d'autres, la régression des fibromes dans les suites de couches ne serait que le terme de la série dégénérative nécrobiotique qui se produit au cours de la grossesse.

Les causes de complications des fibromyomes pendant les suites de couches nous paraissent le plus souvent évidentes.

D'une part l'accouchement dystocique, ayant entraîné le traumatisme et plus tard l'infection de la tumeur, d'autre part, la femme venant d'accoucher, se défendant, par conséquent très mal contre l'infec-

tion, sont les causes directes des complications des fibro-myomes pendant les suites de couches.

L'examen anatomo-pathologique des pièces enlevées par une intervention chirurgicale ou après l'autopsie, montre, presque toujours *des lésions constantes de nécrobiose*.

Or ce fait nous montre explicitement avec quelle facilité peuvent survenir des complications au niveau des fibromes dans les suites de couches. Les travaux de Brindeau, Piquaud et Lemeland, Bégouin, Barthélémy, Leroux, Chavannaz, etc. montrent la constance des lésions nécrobiotiques pendant la grossesse.

Cette nécrobiose aseptique (Brindeau) est due à l'ischémie.

Mais la cause de cette ischémie est très discutée. Pour les uns, elle provient de l'étranglement du fibrome par sa capsule devenue trop étroite du fait de l'accroissement rapide de la tumeur ; pour d'autres il faut l'attribuer, à la thrombose des veines de la capsule (Stevens).

Enfin Bégouin soutient l'hypothèse suivante :

Le phénomène de nécrose aseptique des fibromes est analogue à celui de la gangrène aseptique des membres et surtout à celui du ramollissement cérébral.

Comme ces affections, la nécrose proviendrait de l'oblitération d'une artère à type terminal. Bardeau et Gambier par leur étude sur la vascularisation des fibromes, l'un à l'aide de dissection des vaisseaux des fibromes utérins injectés aussitôt après l'ablation,

l'autre à l'aide de la radiographie sur des coupes en série des fibromes injectés avec une solution de minium, ont prouvé anatomiquement ce que la logique faisait supposer.

Dans tous les fibromes il existe à la fois un réseau vasculaire central et un autre périphérique.

Au point de vue de la relation de ces deux réseaux entre eux on doit distinguer deux types :

- a) l'un dans lequel la vascularisation périphérique et la vascularisation centrale sont anastomosées entre elles ;
- b) l'autre dans lequel les deux réseaux restent indépendants, la masse centrale du fibrome étant nourrie ainsi, par une artère unique à type terminal.

Dans le premier type, la nécrose ne peut être produite isolément sur les parties centrale et périphérique, fait qui a été signalé par MM. Chavannaz et Nadal.

Dans le deuxième type toute la masse centrale n'étant nourrie que par une seule artère à type terminal, la nécrobiose portant sur cette masse est aussi facile à comprendre que le ramollissement cérébral.

Cette nécrobiose peut rester latente pendant toute la grossesse.

Au moment de la délivrance, la muqueuse des tumeurs est distendue, amincie et très souvent éraillée par un traumatisme dû à un accouchement dystocique ou pendant une manœuvre intrautérine faite

dans un but thérapeutique ou d'exploration. Les microbes du milieu ambiant traversent avec facilité cette barrière fragile et la gangrène se développe facilement, vu l'état de moindre résistance de la femme affaiblie par la grossesse et le travail d'accouchement.

Cette gangrène est presque toujours septique. Elle se traduit par une sécrétion plus ou moins abondante qui s'écoule sous forme de lochies sales et fétides.

Elle peut être si on n'intervient pas à temps le point de départ de complications septiques multiples : métro-annexite, pelvi-péritonite, phlébite, péritonite généralisée et septicémie.

Nous rapporterons plus loin 3 cas de *péritonite à streptocoques*.

Un de ces 3 cas s'explique très facilement, car l'intervention pratiquée a fait constater une perforation de la paroi utérine, au niveau de la région nécrosée du fond de l'utérus.

Dans les deux autres cas l'explication est beaucoup moins facile.

Comment expliquer la présence des streptocoques dans la cavité péritonéale ?

Doit-on attribuer l'infection péritonéale à l'apport des germes au cours de manœuvres ? Voici ce que dit M. Laffont, qui rapporte ces cas au Congrès de Gynécologie et Obstétrique de 1924 :

« Faut-il admettre que dans les 2 cas observés par nous, dans des milieux où rien n'est fait sans gants, où sur des centaines et centaines de cas suivis par nous, nous n'avons jamais ou presque jamais eu

d'alertes infectieuses, faut-il admettre que nous avons inoculé de nos mains le streptocoque, ou faut-il supposer que ce microbe préexistait dans les voies génitales s'est exalté et s'est manifesté à l'occasion du sphacèle ou de la torsion ? »

Donc les 2 accouchements (obs. 30, 31) furent pratiquées dans des cliniques parfaitement organisées, où « en pratique on ne voit jamais d'infection puerpérale », quoique le nombre d'accouchements dystociques ou non, pratiqués dans ces cliniques est considérable.

En présence de tels faits, dit l'auteur « on doit se demander si le *microbisme latent* ne joue pas un rôle particulièrement important dans ces cas », la torsion et le sphacèle agissant comme causes prédisposantes à l'éclosion des germes infectieux ».

La nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse paraît être aseptique « dans presque tous les cas » (Leroux, thèse de Paris, 1923).

Il reste cependant une part d'inconnu.

M. Brindeau, dans une observation publiée dans la thèse de Leroux, a montré la présence des streptocoques dans le liquide séro-hématique situé entre le fibrome et le placenta, avant tout début de travail.

« Quoi qu'il en soit l'exaltation et l'affinité des streptocoques pour les fibromes en voie de sphacèle doivent rester une notion constamment présente à l'esprit d'accoucheur » (Laffont, Congrès de Gynécologie, 1924).

A côté de manifestations infectieuses, pertes sales

et fétides, la femme peut présenter des pertes franchement *hémorragiques*. Comment expliquer ces hémorragies ?.

Les fibromes rouges, qui sont considérés par certains auteurs, comme le premier stade d'une nécrobiose aiguë (Patel et Denis), sont très probablement souvent à l'origine des hémorragies abondantes, que présentent les femmes porteuses de fibromes compliqués pendant les suites de couches.

Notre observation 10 nous semble favorable à cette conception.

D'autre part nous savons la fréquence de la rétention complète ou partielle du placenta dans l'utérus fibromateux.

Dans ces cas l'hémorragie et même l'infection sont facilement expliquées par la présence des débris placentaires ou membraneux dans la cavité utérine.

Les hémorragies sont d'autant plus importantes que l'utérus fibromateux présente une tendance aux hémorragies même en dehors de la grossesse (nous savons que les métrorragies et les ménorragies sont les symptômes cardinaux du fibrome).

Les débris placentaires retenus peuvent être à l'origine d'un polype placentaire, autour duquel se déposent des couches de sang et de fibrine (Obs. 25).

Dans ces cas rares, la symptomatologie est tout à fait analogue à celle des fibromes compliqués et le diagnostic n'est possible que par l'examen histologique.

Enfin dans certains cas, l'hémorragie se produit

tardivement, 12-14 jours après l'accouchement. Pendant cet intervalle la femme ne présente aucun symptôme anormal. L'hémorragie apparaît plus ou moins brusquement.

M. Flément présentant un cas analogue au Congrès de Gynécologie 1924 explique ce fait de la façon suivante :

« Le déplacement du fibrome par rapport à son siège n'est pas rare.

« Un fibrome interstitiel peut devenir sous-muqueux. De plus nous savons, que déjà pendant l'accouchement et plus tard pendant les suites de couches, les contractions utérines impriment au fibrome interstitiel des mouvements rotatoires. Cette rotation détache peu à peu le fibrome de sa loge, en arrachant les vaisseaux sanguins. Si par hasard le fibrome se trouve près de l'insertion placentaire et que les vaisseaux sanguins arrachés soient très importants, l'hémorragie peut être mortelle. Si les vaisseaux sont d'une moindre importance, l'hémorragie est bénigne.

La vérification anatomique dans notre observation 21 semble très favorable à cette conception.

Nous rapportons également quelques observations avec *expulsion spontanée de tumeurs sphacélées*.

L'expulsion spontanée des fibromes est possible surtout dans les cas de tumeurs pédiculées. Le mécanisme en est très simple.

Sous l'influence de la régression de l'utérus, de ses contractions, le polype est refoulé peu à peu vers l'orifice externe de la matrice. En même temps il

subit un mouvement de torsion, le pédicule déjà rendu fragile par les troubles de nutrition de la tumeur, subissant une élongation, ne tarde pas à se rompre.

La tumeur se trouve ainsi libre dans la cavité utérine plus ou moins septique ; elle s'infecte à son tour.

L'utérus se comporte avec le fibrome libre dans la cavité utérine, comme avec un corps étranger quelconque, c'est-à-dire il tend à le chasser.

Les contractions sont fréquentes, douloureuses, véritables coliques utérines. Elles s'accompagnent presque toujours de pertes plus ou moins abondantes. Les douleurs et les pertes cessent dès que le polype est expulsé.

L'expulsion spontanée d'un fibrome sphacélé est une éventualité rare et non dépourvue de danger.

Mieux vaut débarrasser la femme de sa tumeur dès que le diagnostic est fait, autrement elle court de trop grands risques d'infection.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des fibromes compliqués pendant les suites de couches peut présenter une véritable triade :

- 1^o *Pertes plus ou moins importantes accompagnées ou non de douleurs abdominales.*
- 2^o *Absence d'involution utérine.*
- 3^o *Altération plus ou moins importante de l'état général de la femme.*

I. — MODE DE DÉBUT.

Le début clinique du fibrome compliqué pendant les suites de couches peut se manifester de façons diverses.

Les symptômes cliniques ne sont pas toujours en rapport direct avec le degré d'altération de la tumeur.

Souvent l'état général de la femme étant très grave, l'examen de la pièce enlevée chirurgicalement montre des lésions minimales. Mais très souvent aussi, les symptômes infectieux que présente la malade, concordent exactement avec les altérations trouvées

au niveau de la tumeur, ainsi qu'au niveau de l'utérus lui-même.

Le mode de début peut être :

a) aigu ;

b) subaigu.

a) *Aigu*. — Brusquement, après l'accouchement normal, rarement immédiatement, mais 24 à 48 heures après, la femme présente des douleurs vives rappelant les coliques utérines. Ces douleurs s'accompagnent presque toujours d'une hémorragie plus ou moins abondante ; à l'occasion de cette dernière, on pratique une révision utérine, en pensant à une rétention partielle du placenta et à ce moment seulement on constate la présence d'une tumeur dans la cavité utérine.

Dans d'autres cas la douleur s'accompagne d'une brusque élévation de température, d'un état nauséux marqué et l'ensemble donne nettement l'impression d'une infection péritonéale. Mais ces cas sont rares.

b) *Subaigu*. — Ce mode de début est le plus fréquent.

Le plus souvent la femme porteuse d'un fibrome compliqué, présente le lendemain de l'accouchement une température au-dessus de la normale.

Les lochies sont plus abondantes qu'à l'état normal ; elles sont séro-sanguinolentes, d'aspect sale et le plus souvent malodorantes dès le début. Elles

sont accompagnées des douleurs rappelant les tranchées utérines.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT.

Si on n'intervient pas dès le début pour des raisons d'ordre variable (diagnostic exact non porté, impossibilité matérielle, éloignement d'un centre hospitalier etc.) on assiste à l'évolution des symptômes mentionnés plus haut :

Signes fonctionnels.

La douleur est un symptôme constant.

Elle se présente sous des aspects un peu variables. En général elle est assez vive pour que la femme s'en plaigne spontanément.

Elle présente le caractère des coliques utérines, parfois elle est nettement expulsive, c'est-à-dire la femme éprouve un besoin impérieux de pousser (obs. 27).

Parfois elle détermine une contracture musculaire de défense, mais c'est qu'alors une infection péritonéale s'ajoute à celle de la tumeur.

Cette douleur siège au niveau même du fibrome, c'est là son caractère le plus constant.

Un fibrome douloureux est un fibrome compliqué.

Cette douleur est provoquée par le palper ou le toucher vaginal, ou par une manœuvre intra-utérine pratiquée dans un but thérapeutique ou explorateur

et qui permet de constater la présence d'une tumeur douloureuse.

Outre la douleur, la femme peut présenter des phénomènes nauséux ou des vomissements vrais, pas toujours sous la dépendance de réaction péritonéale.

Symptômes généraux.

L'état général à peine touché au début s'aggrave peu à peu.

La température monte de plus en plus ou se maintient à 38°-38°5.

Un jour, brusquement, la femme présente une perte hémorragique abondante accompagnée d'expulsion de gros caillots.

Cette perte, si on n'intervient pas, peut se renouveler, tantôt sous forme de pertes importantes répétées plusieurs fois, tantôt sous forme d'une hémorragie minime, mais continue. D'une façon ou de l'autre l'hémorragie amène une anémie grave.

L'état général devient sérieux.

Le teint est terreux, la température oscille entre 39°-40° ; le pouls est rapide et faible. Le nombre de pulsations à 100-120.

Souvent la femme présente des troubles nerveux très marqués. On peut constater une irritabilité et une instabilité d'humeur un peu comparable à ce que l'on rencontre dans la maladie de Basedow (obs. 10).

Dans d'autres cas, assez rares, la femme peut

présenter de véritables accidents maniaques (obs.16).

Les crises d'agitation et de subdélire succèdent à des périodes d'assoupissement.

Les crises deviennent de plus en plus aiguës et la malade présente des signes manifestes d'aliénation mentale : elle chante, gesticule, s'irrite sans cause. Tous ces signes disparaissent en même temps que d'autres signes d'infection grave, après l'hystérectomie.

Signes physiques.

Les signes qui traduisent les altérations anatomiques des fibromes, dépendent des modifications de leur volume, et de leur consistance, indirectement des signes d'infection utérine et de réaction péritonéale surajoutées.

L'inspection.

Le volume du ventre est exagéré. Cette distension de l'abdomen peut être régulière et uniforme, mais le plus souvent elle est irrégulière.

La palpation.

Est un mode d'investigation clinique qui fournit des renseignements très précieux.

Elle est souvent rendue difficile en raison de la sensibilité particulière de la tumeur.

A part la douleur, dont nous avons déjà parlé, la palpation permet de constater le ramollissement spécial du fibrome compliqué.

Ce ramollissement est dû à la fonte de la substance même du fibrome, qui devient moins ferme, semi-liquide et visqueux. Cette substance est contenue dans une coque conjonctive, qui en fait une sorte de kyste. Le volume de la poche, l'épaisseur de sa paroi, la multiplicité des geoles constituées et des foyers en voie de ramollissement, sont des facteurs qui par leurs combinaisons donnent au symptôme « ramollissement » une note particulière.

Le ramollissement des fibromyomes n'est d'ailleurs pas constant.

Les fibromyomes en nécrobiose partielle, certains fibromyomes rouges conservent la fermeté du fibrome normal (Leroux, thèse de Paris 1923).

Le toucher vaginal.

Nous fournit le plus souvent des renseignements analogues à ceux donnés par la palpation.

L'augmentation du volume de l'utérus, la présence d'une tumeur, sa sensibilité particulière, sont appréciées par ce procédé, d'une façon plus précise qu'à travers la paroi plus ou moins épaisse.

En plus le toucher ou l'examen au spéculum permettent toujours de constater la béance très marquée du col.

Dans certains cas rares, l'examen au spéculum permet d'apercevoir la tumeur sphacélée en partie accouchée.

Dans ces cas, évidemment le diagnostic s'impose.

Il y a des cas où ni le palper, ni le toucher ne fournissent des renseignements qui pourraient expliquer les troubles présentés par la femme (pertes, température, hémorragies) et c'est seulement en pratiquant une exploration intra-utérine — particulièrement dangereuse dans certains cas — qu'on constate la présence d'une tumeur aux caractères décrits plus haut.

Si la tumeur est pédiculée — le pédicule étant très fragile — se laisse facilement écraser par le doigt.

Au contraire, dans les cas de fibromes sous-muqueux, la base du fibrome, constituée par le muscle utérin, étant très souvent le siège d'une nécrose, présente un lieu particulièrement propice à une perforation spontanée ou instrumentale.

Il s'ensuit une perforation utérine avec toutes ses conséquences.

Evolution.

La marche des accidents décrits plus haut liés à la nécrose combinée ou non à l'infection du fibrome est variable, mais on peut dire que presque dans la totalité des cas, tous les symptômes s'aggravent, et l'état général devient tel, que l'on est contraint d'intervenir d'urgence. A côté de ces cas graves, il existe des cas bénins où après des accidents assez sérieux tout paraît rentrer dans l'ordre, l'involution utérine et celle du fibrome se poursuivent lentement et la guérison survient.

Cette évolution favorable semble très souvent se trouver sous la dépendance d'un allaitement prolongé.

Mais dans certains cas, la femme revient consulter quelque temps plus tard, car elle présente tous les symptômes d'une tumeur fibreuse de l'utérus : hémorragie, pesanteur etc. (Obs. 4, 6).

Dans d'autres cas, rares heureusement, l'évolution se déroule d'une façon irrégulière.

On assiste à des périodes d'accalmie complète. Après une phase d'accalmie trompeuse, on assiste à l'éclosion brutale d'un syndrome péritonéal.

L'intervention, même pratiquée d'urgence, est dans ces conditions tout à fait impuissante.

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES

L'ensemble de nos observations nous permet d'établir les formes cliniques suivantes :

a) FORMES FRUSTES.

Dans cette catégorie nous grouperons tous les cas qui donnent lieu à un minimum de symptômes fonctionnels, n'altérant que peu l'état général de la femme.

Après quelques jours pendant lesquels la parturiente présente certains phénomènes infectieux, température, légères douleurs, pertes malodorantes, tout paraît rentrer dans l'ordre.

Dans ce même groupe nous ferons rentrer également des cas où les femmes, à côté des symptômes mentionnés plus haut, présentent d'autres signes d'infection (thrombose veineuse etc.) (Obs. 4, 5).

b) FORMES A SYMPTOMATOLOGIE COMPLÈTE.

Ce sont des formes qui se rencontrent le plus fréquemment.

Elles correspondent exactement à la description

donnée dans le chapitre « symptomatologie ».

La douleur, la tumeur plus ou moins douloureuse, la non-involution utérine, les pertes plus ou moins sales et fétides, l'altération de l'état général en sont les symptômes cardinaux.

c) FORMES HÉMORRAGIQUES.

Les cas où le symptôme « hémorragie » prédomine sont rares, mais ils sont particulièrement graves. Les caractères des hémorragies sont des plus variables; tantôt, petites et continues, tantôt discontinues et abondantes, tantôt enfin, brutales, foudroyantes.

L'hémorragie peut commencer pendant l'accouchement ou à la délivrance, mais le plus souvent elle apparaît plus tardivement. Souvent les suites de couches paraissent complètement normales, brusquement survient une hémorragie d'abord légère, mais qui se répète, devient de plus en plus abondante et amène en quelques jours une anémie grave; si l'on n'intervient pas d'urgence le pronostic est fatal.

Enfin, dans les cas exceptionnels cette hémorragie peut être foudroyante d'emblée.

Nous ne reviendrons, pas sur le mécanisme de ces hémorragies, que nous avons exposé dans le chapitre « pathogénie ».

d) FORMES PÉRITONÉALES.

Ce sont les formes les plus rares, mais aussi les plus graves.

Dans certains cas où l'intervention est faite à temps la femme a pu être sauvée.

Mais ces formes sont habituellement mortelles. Leur gravité réside surtout dans leur évolution.

Après une phase d'accalmie trompeuse, on assiste à une apparition de symptômes réalisant au complet le syndrome péritonéal :

Vomissements, facies grippé, élévation de température (39°-40°).

Le ventre se ballonne, devient tendu et douloureux. Une laparotomie pratiquée d'urgence dans ces conditions n'a pas des résultats heureux et la mort survient quelques heures après l'opération (Obs. 30, 31).

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des complications des fibromes est parfois facile, mais le plus souvent il présente des difficultés très marquées.

Lorsque la femme, porteuse d'un fibrome dont l'existence a été reconnue au cours ou même avant la grossesse, présente des phénomènes infectieux ou des hémorragies, le diagnostic de fibrome compliqué s'impose.

Mais lorsque toute la grossesse a évolué sans incidents, ainsi que l'accouchement, les troubles apparus dès la délivrance ou pendant les suites de couches peuvent évoquer un grand nombre d'hypothèses cliniques.

Souvent la délivrance étant retardée ou compliquée d'une hémorragie plus ou moins importante on est amené à pratiquer une revision utérine, en pensant à une *rétenction complète ou partielle* du placenta, et à ce moment on peut constater l'existence du fibrome.

D'autrefois la délivrance s'est faite normalement. Le placenta ne présente rien de particulier, cepen-

dant les phénomènes infectieux paraissaient dus à une rétention placentaire ou membraneuse ; on pratique une exploration intra-utérine, quelques jours après l'accouchement.

A ce moment cet examen est rendu beaucoup plus difficile et plus dangereux par suite de la rétraction partielle du col ; d'autre part un examen intra-utérin, même pratiqué dans des conditions parfaites, présente toujours un danger ; en effet, même fait avec une extrême douceur, il est encore trop traumatisant dans une cavité où l'infection ne demande qu'à se généraliser.

Une fois la main dans l'utérus, en constatant la tumeur, le diagnostic est facilement porté.

Mais dans les cas où le fibrome est intersticiel et situé sur les parties de l'utérus non accessibles au palper et au toucher (même intra-utérin) on se trouve fort embarrassé.

Le diagnostic se pose avec toutes les causes d'infection du petit bassin, avec les pelvipéritonites, annexites, phlegmon du ligament large, appendicite ; on ne pense pas au fibrome et le diagnostic est le plus souvent méconnu.

Cependant dans la péritonite par annexite ou par appendicite, le siège maximum de la douleur est latéral, dans la fosse iliaque ou dans un cul-de-sac et l'on y constate en même temps un empâtement surajouté ; les symptômes de réaction péritonéale proprement dits, sont beaucoup plus marqués dans ces affections, que s'il s'agissait du fibrome.

Par l'interrogatoire approfondi on arrive le plus souvent à mettre en évidence l'existence de ménorrhagies dans le passé.

Enfin dans les cas où le diagnostic ferme semble impossible on est autorisé à pratiquer une laparotomie exploratrice.

Mieux vaut faire une laparotomie inutile que de laisser évoluer une affection grave qui peut devenir mortelle.

PRONOSTIC.

Le pronostic des complications de fibromes est très différent selon que l'affection est abandonnée à son évolution spontanée ou que l'on intervient.

Abandonnée à elle-même on peut considérer que c'est une affection sérieuse.

La tumeur déjà nécrosée le plus souvent au cours de la grossesse, étant ou non traumatisée pendant l'accouchement, présente un terrain très favorable au développement de l'infection, qui est particulièrement grave chez une femme déjà affaiblie par la gestation.

Ainsi, même à notre époque où l'asepsie a amélioré de beaucoup le pronostic des fibromes pendant les suites de couches, la présence d'un fibromyome sous-muqueux nécrosé dans les suites de couches ou des fausses couches, est une indication d'hystérectomie.

Si l'on intervient chirurgicalement tout change dans ce pronostic, qui s'améliore d'une façon considérable.

STATISTIQUE.

Froell a réuni dans la littérature médicale 53 cas d'extirpation de l'utérus pour fibrome dans le post partum :

22 cas, l'indication a été donnée par la gangrène avec infection.

21 cas, par la nécrose ou nécrobiose.

5 cas, torsion partielle ou entière de l'utérus.

2 cas, par une croissance rapide de la tumeur.

2 cas, par hémorragie.

1 cas, par la malignité.

Pour notre compte dans les 33 observations que nous allons rapporter et qui ont servi de base à ce travail nous trouvons :

6 cas, régression de la tumeur.

11 cas, sphacèle et infection (intervention chirurgicale).

6 cas, hémorragie (intervention).

5 cas, expulsion spontanée.

3 cas, péritonite généralisée (intervention).

1 cas, torsion de l'utérus (intervention).

Nous ne pouvons aucunement tenir compte de notre statistique, étant donné que nos recherches ont porté sur un nombre restreint d'années et que peut-être nous avons été favorisé par une de ces lois de série, fait qu'on observe si fréquemment en clinique.

CHAPITRE VI

CONDUITE A TENIR

Lorsque chez une femme qui vient d'accoucher, le diagnostic de fibrome a été posé au cours de la grossesse, il *faut la surveiller* d'une façon toute particulière, même lorsque les accidents immédiats sont absents. L'allaitement prolongé doit être vivement conseillé, car son influence favorable sur la régression des fibromes a été très souvent constatée.

On laissera passer la période puerpérale quitte à agir ultérieurement si les fibromes ne régressent pas spontanément.

Donc : *ne pas intervenir prophylactiquement, n'intervenir que si des complications surviennent* (accidents infectieux avant tout, hémorragies, torsion, la chute secondaire du fibrome dans le Douglas avec accidents d'occlusion intestinale (Bar)).

Quant au choix de l'intervention, elle sera faite suivant le cas :

a) PAR VOIE BASSE et elle sera : soit *conservatrice* — *myomectomie vaginale*, soit *mutilatrice* — *hystérectomie vaginale*.

b) PAR VOIE HAUTE, soit : *conservatrice* — *myomectomie abdominale*, soit *mutilatrice* — *hystérectomie*.

La voie haute est employée le plus souvent. Dans les cas aseptiques, si le fibrome est unique, sessile ou pédiculé (accidents de torsion ou d'hémorragie) on pratique une myomectomie.

Mais les accidents infectieux étant les complications les plus fréquentes, c'est à l'*hystérectomie abdominale* qu'on doit avoir le plus souvent recours.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1.

(M. le professeur Brindeau.)

M^{me} X..., 41 ans, ayant eu un accouchement spontané il y a 12 ans.

Dernières règles au début de juillet 1932.

A 4 mois de grossesse, la femme commence à ressentir des douleurs violentes, avec vomissements ; elle consulte un médecin qui lui dit qu'elle n'est pas enceinte, fait le diagnostic de douleurs intestinales, la met à la diète et prescrit des calmants.

Cependant la femme continuant à avoir des douleurs violentes, vient consulter M. le Professeur Brindeau ; elle arrive accompagnée de son mari en se tenant l'abdomen ; elle peut à peine marcher, elle est très pâle, son facies à type péritonéal.

A l'examen, on trouve un abdomen très tendu, très douloureux, rempli par une tumeur, extrêmement sensible. Cette tumeur remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde. Les anses intestinales sont distendues.

En palpant attentivement on s'aperçoit que l'abdomen contient deux masses distinctes l'une supérieure

très dure, du volume d'une tête d'enfant ; l'autre inférieure, assez mollassse donne l'impression d'une vessie distendue refoulant une autre tumeur abdominale indéterminée.

Au toucher, le col est attiré en haut et on voit très nettement que la femme est enceinte de 4 mois environ ; dans la fosse iliaque droite, une masse plus dure est accolée à l'utérus et a le volume d'une moitié d'orange ; la masse supérieure, dure, est formée par un fibrome difficilement mobilisable. La femme entre immédiatement dans une maison de santé et est opérée d'urgence. Température normale.

Intervention le 10 novembre 1932 (M. le professeur Brindeau).

A l'ouverture de l'abdomen on voit que la cavité péritonéale contient du liquide séro-sanguinolent. On attire au dehors, assez facilement, le gros fibrome, qui est violacé ; ce fibrome est inséré sur le fond de l'utérus sur une surface de 6 cm. de diamètre.

Myomectomie sur place, sans extériorisation de l'utérus en laissant une large collerette. Hémorragie très faible. Suture plan par plan surtout par des points en U. Série de points espacés sur la tranche, surjet séro-séreux.

La main explore le deuxième fibrome qui, étant nettement interstitiel, est laissé en place.

Le fibrome extirpé présentait tous les signes de nécrose aseptique, une portion était violacée, une autre présentait un aspect pseudo-kystique avec matière caséiforme.

Morphine selon l'habitude : 1 cmc. toutes les 6 heures.

Suites opératoires normales, la femme quitte la maison 15 jours après et est soumise à un repos relatif chez elle.

La grossesse se développe normalement, le deuxième fibrome qui siégeait dans la fosse iliaque n'a pas tendance à descendre.

La femme arrive ainsi à dépasser le terme de 15 jours.

Son abdomen était devenu très distendu et douloureux. A un moment donné, même le fibrome restant avait donné naissance à quelques douleurs : en fin de grossesse, la tête était encore mobile.

La femme restait couchée.

Elle entre en travail le 20 avril 1933. La dilatation se fait très lentement. A la dilatation de 5 francs la tête paraît se présenter en front, mais dans les heures qui suivent, elle se défléchit et on se trouve en présence d'une position mento-postérieure droite. A dilatation complète, on fait une application de forceps Demelin. Rotation facile de la face. On ramène le menton derrière la symphyse pubienne, traction pour descendre la tête sur le périnée ; extraction de la tête après avoir enlevé le forceps. Naissance d'un garçon vivant pesant 4.850 gr.

Suites de couches normales.

La femme revue une première fois depuis son accouchement présentait encore son fibrome, mais celui-ci avait beaucoup diminué.

A la deuxième visite il avait presque complètement disparu.

Revue le 20 avril 1934 : La femme a nourri pendant

un an ; l'enfant va être sevré. La femme a un peu maigri et se sent fatiguée.

L'utérus est relativement petit et mobile.

Si l'on ne connaissait pas la malade il serait impossible de retrouver le fibrome.

En examinant de près on sent en avant et à droite une toute petite tumeur, grosse comme une petite noix.

OBSERVATION 2.

(D^r Desoubry.)

M^{me} G..., 36 ans, II-pare.

1 grossesse en 1928. Normale ainsi que l'accouchement. Application de forceps (femme obèse, gros enfant). Suites de couches sans incidents. Deux ans plus tard l'examen de la femme fait par hasard montre la présence d'un petit noyau fibreux situé sur le bord gauche de l'utérus et gros comme une petite noix. Pas de troubles particuliers.

En 1933, 2^e grossesse.

Dès le 3^e mois on s'aperçoit que le fibrome a considérablement grossi ; il a déplacé l'utérus vers la droite ; on se demande même si la femme pourra accoucher à terme par les voies naturelles. Peu à peu le fibrome, qui est gros, régulier, non douloureux remonte dans la cavité abdominale et vers 6 mois on ne le sent plus par le toucher.

Accouchement à terme. Travail long. La dilatation se fait bien. Application de forceps. Naissance d'un gar-

çon pesant 4 kgr. Grosse hémorragie au moment de la délivrance, le placenta ne se décollant pas. On pratique une délivrance artificielle et on retire très péniblement le placenta.

Celui-ci est particulièrement adhérent à l'utérus, il s'insère dans la région d'implantation du fibrome. Bien que l'intervention faite à main nue eût montré que la paroi utérine était nette de tout débris placentaire, les cotylédons sont tellement déchiquetés qu'on pratique une deuxième revision utérine. Tamponnement.

Suites de couches absolument normales. La femme allaite son enfant.

Au cours de l'intervention on note la présence du fibrome qui est postéro-latéral gauche ; il est gros comme une grosse orange. Dans les semaines qui ont suivi, le toucher pratiqué à plusieurs reprises a montré que le fibrome était en régression et ainsi 2 mois plus tard on ne note plus qu'une petite tumeur juxta-utérine, à peu près de même volume qu'on a noté avant la grossesse.

OBSERVATION 3.

(Barthélémy, thèse de Bordeaux.)

Malade, 34 ans. I-pare.

Au troisième mois de sa grossesse elle ressentait brusquement des douleurs violentes. On fait le diagnostic d'utérus incarcéré et on pratique la réduction sous-anesthésie. On profite de l'anesthésie pour pratiquer un examen complet et on trouve un myome sous-séreux, intra-mural. Les mois suivants, développement considérable de la tumeur, qui est douloureuse. Néanmoins

la grossesse arrive à terme. Accouchement par forceps, grosse réaction après l'accouchement. Météorisme. Pouls petit et faible. Température 38°. Thrombose de deux veines fémorales. Amélioration lente. Diminution lente mais certaine de la tumeur.

OBSERVATION 4.

(Dr Müller, hôp. Mulhouse.)

Femme, 25 ans.

Au 7^e mois de la grossesse normale jusqu'à ce moment, présente brusquement des douleurs violentes suivies d'une métrorragie abondante et d'expulsion de gros caillots. La poche des eaux se rompt spontanément. Les bruits du cœur n'étant pas perçus on se décide à pratiquer un accouchement prématuré. Dilatation avec bougies d'Hégar. Extraction d'un fœtus mort. Délivrance naturelle. A ce moment on constate une tumeur de la grosseur d'un poing.

Les suites de couches furent fébriles. Phlébite de la jambe gauche. Les signes d'infection disparaissent peu à peu. L'involution de l'utérus est lente et incomplète. La tumeur reste grosse. L'état général étant bon, la femme quitte l'hôpital.

Elle revient 2 mois plus tard. L'intervention fut pratiquée. Myomectomie. Guérison.

OBSERVATION 5.

(Dr Meyer, *Bull. de Soc. de Gyn. et Obs.*, 1933.)

Femme, 34 ans. II-pare. Antécédents nuls.

Admise d'urgence, pour placenta prævia.

L'accouchement fut terminé artificiellement.

Expulsion d'un enfant prématuré, mort.

Placenta expulsé facilement, paraît suspect. On pratique une revision utérine. A ce moment on fait une constatation intéressante.

La cavité du corps utérin est parsemée d'une dizaine de fibromes sous-muqueux en grande partie pédiculés.

Suites de couches fébriles. Thrombose de la jambe gauche. Mais pourtant l'involution se poursuit normalement. Guérison.

OBSERVATION 6 (Personnelle.)

M^{me} V..., 35 ans. II-pare.

Entre dans le service, envoyée par son médecin, le 17 février 1934 pour fibrome et rétention placentaire.

L'accouchement s'est fait à domicile. Le travail fut court. L'expulsion d'un enfant mort-né. Antécédents personnels nuls. Régée à 12 ans, règles toujours normales.

Une grossesse en 1925. Accouchement normal ainsi que la délivrance.

Pendant 2-3 ans avant la dernière grossesse la femme souffrait de ménorragies assez abondantes. Le médecin consulté à ce sujet fait le diagnostic d'un fibrome.

La dernière grossesse a débuté au mois de juillet 1933 et s'est passée sans incidents jusqu'à la fin du 8^e mois.

A ce moment elle accouche prématurément d'un mort-né.

La délivrance tardant à se faire, le médecin envoie la malade à la clinique Tarnier.

Une délivrance naturelle se fit, mais le placenta paraissant suspect on pratique une revision utérine qui ramène quelques débris placentaires et membraneux.

La main intrautérine peut constater que la face utérine est douteuse et en plus sur la face antérieure de l'utérus une saillie, qui semble être le fait d'un polype.

Le lendemain 18 février. Température 38°. Etat général médiocre. Vomissements. Quelques pertes peu abondantes, mais malodorantes.

Cet état se maintient pendant 3 jours, au bout de ce temps, il redevient normal : les pertes diminuent et n'ont pas d'odeur.

On peut constater que l'utérus subit une involution lente, et une tumeur grosse comme une tête de fœtus semble en régression, mais très lente.

Les phénomènes infectieux disparaissent, la femme quitte le service le 2 mars 1934 en bon état de santé.

Revue le 24 avril. Le fibrome est encore gros comme une tête d'enfant, très dur, non douloureux.

Corps utérin dévié à droite, faisant corps avec la tumeur. On décide de pratiquer une intervention.

Opérée le 26 avril 1934. L'incision remontant jusqu'à l'ombilic ; le fibrome se présente immédiatement à la vue. Il est blanchâtre à sa surface ; sa couleur tranche sur le reste de l'utérus, qui est rosé. Il s'agit d'un volumineux fibrome du volume d'une tête d'enfant (poids 1030 gr.), inséré sur la face antérieure de l'utérus et empiétant sur le bord ; le corps utérin et les annexes sont

refoulés en arrière avec une légère torsion de l'axe utérin ; l'utérus présente son bord gauche. La tumeur est très molle, brunâtre, violacée, ressemblant à du gibier faisané et ne présente aucun signe de putréfaction ; on décolle au doigt et aux ciseaux courbes et on arrive à enlever complètement le fibrome. Comme la masse était très molle, il est resté quelques lambeaux de fibrome adhérents au muscle, on le sépare avec des ciseaux courbes. L'hémorragie très modérée. Suites opératoires bénignes. Guérison.

OBSERVATION 7. (Clinique Tarnier.)

M^{me} L..., 30 ans. VI-pare. Antécédents nuls.

3 grossesses normales ainsi que les accouchements. Deux avortements.

Dernière grossesse évolue sans incidents. L'accouchement normal à terme ; garçon vivant (2850 gr.). Délivrance naturelle et complète.

Suites de couches fébriles. Température oscillante 38°-39°. Pertes fétides. Etat général médiocre. Examen de frottis et l'ensemencement montrèrent des streptocoques.

Le 17 septembre 1925, on se décide à intervenir. On pratique une hystérectomie vaginale rendue assez difficile étant donné le volume de l'utérus, sa friabilité et l'adhérence intime du fibrome.

Il s'agissait d'un volumineux fibrome siégeant sur la face antérieure de l'utérus. Les annexes étaient refoulées en arrière ; on enlève une partie de l'utérus et du fibrome.

L'examen de la pièce montra *une dégénérescence rouge* du fibrome ; il est mou (couleur bifteak) et ce qui est particulier c'est que toute la surface même de l'utérus est rouge et que cette rougeur pénètre dans la moitié de la paroi utérine correspondant à l'insertion du fibrome. Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION 8 (Personnelle.)

M^{me} M..., 37 ans. II-pare, 4 geste.

Première grossesse normale ainsi que l'accouchement et les suites de couches.

Deux fausses couches.

Dernière grossesse sans incidents. Accouchement à terme d'un enfant normal. Délivrance naturelle. Suites de couches fébriles. Température à 37°-38°. Pertes assez abondantes, non fétides jusqu'au 11^e jour. A ce moment elles deviennent moins abondantes et fétides. L'état général devient inquiétant : courbature, céphalée, nausées ; la température s'élève.

Le 14^e jour après l'accouchement perte hémorragique abondante accompagnée d'expulsion de gros caillots non fétides.

Le 18^e jour on pratique un examen sous-anesthésie (M. le prof. Brindeau). On constate un polype à moitié accouché par le col. Lochies fétides. On se décide à intervenir. Hystérectomie. Utérus est gros comme une tête de fœtus à terme, extrêmement friable, puisqu'une pince posée sur le fond, le déchire à la moindre traction.

Suites opératoires normales. Guérison.

Examen de la pièce : il s'agit d'un fibrome sous-muqueux inséré sur la paroi postérieure de l'utérus et présentant des lésions caractéristiques de nécrose.

OBSERVATION 9.

(Spurney Cleveland,

Journal of the Amer. medic. assoc., 8 avril 1922.)

Femme, 21 ans. I-pare.

Connue pour avoir eu un petit fibrome de la grosseur d'une noisette au niveau du fond de l'utérus. Grossesse normale ainsi que l'accouchement. A ce moment le noyau fibromateux avait augmenté de volume.

Dix jours après l'accouchement, douleurs violentes dans l'hypogastre ; pas de température ; pas de troubles généraux ; le fond de l'utérus est très sensible à la palpation ; la tumeur est augmentée de volume.

En raison de persistance des douleurs on pratique une laparotomie suivie d'une hystérectomie subtotale, 15 jours après l'accouchement.

Examen de la pièce :

L'utérus enlevé est encore mou et épais. Il présente sur la face postérieure une tumeur de volume d'une graine de raisin, oedémateuse et rouge à la coupe.

Examen microscopique montra : un léiofibrome contenant plusieurs foyers de nécrose et d'hémorragie.

OBSERVATION 10.

(D^{rs} Michel et Rousseau,

Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst., 1931.)

Femme, 45 ans. XII-pare. Antécédents nuls.

Première grossesse à l'âge de 18 ans, normale, ainsi que les huit grossesses suivantes.

En 1920, 10^e grossesse. Au cours d'un examen pratiqué à cette occasion, vers le 5^e mois, un médecin décèle l'existence d'un fibrome. La grossesse évolue sans incidents. L'accouchement normal à terme.

En 1924, 11^e grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois. Sans conséquences pathologiques.

En 1930, 12^e grossesse. Normale. Accouchement à terme. Présentation du siège.

Aussitôt après ce dernier accouchement apparaissent des métrorragies abondantes revenant presque tous les jours. Le ventre est resté gros. L'état général est légèrement déficient, la femme est amaigrie, fatiguée, son teint est terreux, jaunâtre. Elle présente un nervosisme accentué, une irritabilité et instabilité particulières d'humeur. La température est 37°5-38°.

La palpation met facilement en évidence l'existence d'une grosse tumeur, remontant jusqu'à l'ombilic environ. Cette tumeur est dure, mobile, légèrement douloureuse à la pression. Le toucher vaginal montre qu'elle bloque complètement le petit bassin.

Le diagnostic d'un fibrome avec probablement nécrobiose, étant posé on se décide à pratiquer une hystérectomie subtotal. Suites opératoires normales. Guérison.

Examen de la pièce : montre qu'il existe deux noyaux fibromateux.

L'un au niveau du segment inférieur de l'utérus, dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'organe.

De volume d'une orange, présente à la coupe des lésions classiques de nécrobiose. A la périphérie de ce noyau il existe une coque épaisse d'un demi-centimètre environ, blanche, dure, scléreuse. Au centre la nécrobiose est complète ; il n'y a plus qu'une matière molle, brunâtre, semblable à du mastic, au niveau de laquelle toute structure tissulaire a disparu.

Le second noyau le plus volumineux occupe le fond de l'utérus.

Il présente l'aspect habituel du fibrome rouge.

OBSERVATION 11.

(Alexion, thèse de Paris.)

Femme, 29 ans. II-pare. Antécédents nuls.

Premier accouchement normal.

Deuxième grossesse sans incidents. Accouchement à terme normal. Enfant vivant et normal.

15 jours après l'accouchement la femme présente des pertes purulentes et fétides. Etat général médiocre. A l'examen on constate un utérus gros. Au toucher vaginal on sent le col utérin large comme une pièce de 5 francs, en plus on sent une masse, que l'on prend pour des débris placentaires.

Le toucher intra-utérin fut pratiqué sous anesthésie. Il montra que la masse prise pour des débris placentaires était en réalité un *polype pédiculé*.

On pratique l'ablation de la tumeur.

L'examen microscopique montre : un tissu fibreux, abondant et quelques foyers de nécrobiose. Guérison.

OBSERVATION 12.

(D^{rs} Laffont et Bonafos,

Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst., 1931.)

M^{me} S..., 27 ans.

Mariée depuis 6 mois, est hospitalisée le 27 février 1931 pour métrorragie et fièvre consécutive à un avortement spontané.

Réglée à 11 ans. D'abord régulières et indolores, les règles sont devenues très abondantes, irrégulières et douloureuses (depuis 2 ans).

Le 18 octobre 1930 commencement d'une grossesse. Le 9 janvier 1931 a eu lieu un avortement spontané suivi d'une métrorragie très importante.

Après l'injection intra-utérine, la malade fut mise au repos absolu. L'hémorragie s'est arrêtée presque immédiatement après.

Un mois plus tard brusquement la malade fut prise de frissons ; température à 40. Pouls à 100. L'état général s'aggrave progressivement.

L'abdomen se balonne et devient douloureux dans son tiers inférieur.

L'utérus déborde la symphyse de 3 travers de doigt. Il est dur, arrondi, lisse, très sensible.

L'utérus déborde la symphyse de 3 travers de doigts. Il est dur, arrondi, lisse, très sensible.

Le toucher combiné au palper permet de constater une tumeur qui occupe tout le petit bassin, englobe le corps utérin et surmonte un col petit, mou, entr'ouvert.

Le diagnostic de fibrome en voie de sphacèle fut posé.

Etant donné le mauvais état général on retarde l'intervention.

Une sérothérapie intensive antistreptococcique fut instituée. Quelques jours plus tard une amélioration notable fut constatée ; la température descend à 37°5 ; le ventre n'était plus ballonné ; la tumeur presque indolore. Le 8 avril eut lieu le « retour de couche » et brusquement la température s'élève à 39°. L'état général s'aggrave. L'anémie s'accroît de plus en plus et la femme a des hémorragies utérines abondantes, constituées principalement par des caillots.

Une transfusion fut pratiquée.

Le 25 avril sous-anesthésie locale à la scurocaïne ; on pratique une laparotomie médiane.

On constate un volumineux fibrome de dimension d'une tête d'adulte.

Hystérectomie totale fut pratiquée. Mickulicz. Guérison complète.

Examen de la pièce montre : un énorme fibrome intramural sphacelé.

Revue 2 mois après l'intervention la malade était en bon état de santé.

OBSERVATION 13.

(Dr Pancot, *Bull. de Soc. de Gyn. et Obst.*, 1927.)

M^{me} G..., 40 ans.

Elle présente une maladie de Basedow très nette. Dans ses antécédents obstétricaux on note 2 avortements : l'un en 1917 ; l'autre en 1919 ; on aurait déjà au premier accident constaté la présence d'un tout petit fibrome dans la paroi antérieure de l'utérus.

La femme redevient enceinte en novembre 1925. Dès le début de sa grossesse, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre.

A 2 mois de gestation on constate que l'utérus est très allongé, remontant à mi-chemin de l'ombilic ; il doit sa forme et son volume à l'existence d'un fibrome.

Cette grossesse évolue sans modifications de l'exophthalmie, ni de tachycardie, jusqu'au 15 juillet 1926.

La parturiente expulse ce jour un fœtus de 1.800 gr. qui se présente par le siège et est extrait vivant. Cet enfant très débile ne vit que quelques heures, la délivrance se fait sans incident.

Quinze jours après l'accouchement la malade bien que gardant le lit ou la chaise longue perd d'une façon continue, du sang liquide et des caillots avec des répit de 2 à 3 jours seulement. Cet état de choses dure quelques semaines. Les hémorragies deviennent moins abondantes, et de moins longue durée.

Mais en dehors des périodes hémorragiques, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent qui devient de plus en plus fétide.

L'état général s'aggrave. L'anorexie est complète ; les troubles gastro-intestinaux apparaissent ; la température dépasse rarement 37°5.

L'utérus garde le volume d'un utérus gravide de 3 mois et 1/2 environ et une consistance molle.

On se décide d'intervenir. Hystérectomie.

Examen de la pièce montre : fibrome du volume d'un poing, situé dans la paroi antérieure de l'utérus.

A la coupe on constate des lésions de sphacèle.

La muqueuse utérine est détruite au niveau du fibrome et la cavité utérine est remplie d'un liquide sanieux grisâtre et odorant.

Après l'intervention, guérison complète.

OBSERVATION 14.

(Dr Keller, *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1925).

Femme, 38 ans. I-pare, qui a eu le 15 juillet 1921 à domicile : un accouchement assez laborieux. Pour présentation du siège le médecin a dû intervenir et faire une extraction pénible, au cours de laquelle l'enfant a succombé.

Il paraît que pendant les manœuvres nécessaires pour dégager l'enfant, le médecin avait rencontré une forte résistance au moment du passage de la tête. Puis un décollement manuel a dû être fait et c'est à ce moment-ci, que le médecin a pu constater la présence d'une tumeur volumineuse, appartenant probablement à l'utérus ; après le décollement les pertes n'ont plus été importantes.

A partir du 4^e jour après l'accouchement, apparaît

la température. Le 9 août 1924 la malade est admise dans le service.

Etat général médiocre. Température 39°. Pouls 100. Au toucher on constate encore de légères pertes de sang. On constate la présence d'une volumineuse tumeur de consistance d'un kyste tendu, un peu sensible.

Songeant d'abord à la possibilité d'une infection puerpérale localisée au niveau de l'utérus, on met la malade en observation. Pendant 15 jours l'état local ne change pas sensiblement par contre l'état général s'aggrave de plus en plus de sorte qu'on se décide d'intervenir le 25 août. Laparotomie. On constate un fibrome mou, de sensation kystique. Sur sa face antérieure se trouve une coupole^{*} d'un diamètre d'une demi-chataigne, d'une coloration gris verdâtre, recouverte d'une couche de tissu extrêmement aminci. Il n'y a pas de doute qu'il s'agit d'une poche de pus, toute prête de la perforation.

Hystérectomie sub-totale. Suites opératoires normales. Guérison.

Examen de la pièce montre : tout le fibrome est transformé en une vaste masse amorphe gorgée de pus. L'examen bactériologique a révélé la présence d'entérocoques.

OBSERVATION 14 bis.

(D^r Grosses, *Bul. de la Soc. de Gyn.*, 1922).

Femme, 26 ans. II-pare. Antécédents nuls.

Première grossesse normale. Accouchement normal à terme suivi d'une infection puerpérale.

Deuxième grossesse normale jusqu'à la fin du 8^e mois de gestation ; à ce moment la femme est prise de douleurs abdominales violentes, avec prédominance à droite. Col utérin entr'ouvert ; pas d'écoulement sanguin.

Les contractions furent surtout fortes et douloureuses pendant 5 à 6 heures, d'autant qu'une sage-femme fit prendre à la malade des pilules d'ergotine pour activer le travail.

Le docteur appelé ensuite parvint à calmer les douleurs et l'accouchement se fit 10 jours plus tard ; il fut très pénible ; la délivrance se fit normalement.

Le lendemain et les jours suivants la femme se plaint de douleurs abdominales, mais pas de température. Ce n'est qu'au bout de 3 jours qu'elle apparaît et se maintient à 38°. L'état général devient bientôt mauvais.

Dix jours après l'accouchement on voit apparaître à l'orifice externe du col une tumeur grisâtre qu'il peut cependant contourner avec une sonde pour pénétrer dans l'utérus. Cette tumeur devient chaque jour plus saillante.

Le diagnostic d'un polype sphacélé, attaché par un pédicule au fond de l'utérus fut porté.

On saisit le polype avec une pince de Museu ; le pédicule se rompt spontanément.

En voulant pratiquer une injection d'eau bouillie on constate une perforation utérine.

L'état de la femme étant très grave ne permettant pas son transport à l'hôpital, on pratique une hystérectomie vaginale, dans la chambre même de la malade.

Suites opératoires :

Les premiers jours, l'état général était grave mais la guérison est survenue lentement.

Revue à 2 reprises, en excellent état de santé. Examen de la pièce montra : un polype fibreux sphacelé ; le sphacèle s'est étendu jusqu'au fond de l'utérus ; autour de l'insertion du pédicule existe une plaque de gangrène noirâtre ; c'est dans cette zone que la sonde a traversé la paroi utérine.

OBSERVATION 15.

(Barthelémy, thèse de Bordeaux).

Malade, 32 ans. Multipare.

Examinée au deuxième mois de gestation, on trouve une tumeur paraissant pédiculée du côté gauche de l'abdomen.

Première opération : on trouve un fibrome d'aspect normal très largement adhérent à l'utérus. La myomectomie paraît impossible. On se retire.

Accouchement à terme ; travail long et pénible. Naissance d'un enfant vivant. Délivrance artificielle. Trois jours après l'accouchement la femme présente des signes d'infection grave. On intervient d'urgence. Hystérectomie. L'utérus contenait une tumeur remplie de pus fétide. Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION 16.

(Dr C. Jeannin, *Bul. de la Soc. de Gyn. et d'Obst.*, 1914).

Femme, 27 ans. I-pare.

On note dans les antécédents une crise de rhuma-

tisme articulaire aigu, qui laisse une lésion mitrale, bien compensée.

Réglée à 11 ans ; règles régulières, mais douloureuses et abondantes.

La grossesse actuelle a évolué sans incidents, ainsi que l'accouchement. La délivrance s'effectue normalement, mais aussitôt après, la sage-femme constate une volumineuse tumeur abdominale et l'envoie pour cette raison à l'hôpital.

La tumeur abdominale est constituée par un volumineux utérus fibromateux.

Le lendemain la température commence à monter. L'utérus devient douloureux et présente nettement des douleurs expulsives.

La malade présente un état mental spécial passant par des crises d'agitation et de subdélire et des périodes d'assoupissement.

Durant les 5 jours suivants, la température oscille entre 38-39°. Le pouls est rapide.

L'agitation s'accroît, la malade finit par présenter des signes manifestes d'aliénation mentale. En outre apparaissent des signes d'infection localisée, douleurs utérines ; lochies peu abondantes mais fétides. On se décide d'intervenir. Hystérectomie. Suites opératoires simples. Tous les signes disparaissent en quelques jours. Guérison.

Examen de la pièce montra : un fibrome pur en état de nécrobiose aseptique.

OBSERVATION 17.

(Clinique Tarnier, personnelle).

M^{me} K..., 35 ans. I-pare.

Entrée dans le service le 27 novembre 1933. Antécédents nuls.

La grossesse évolue sans incidents. Accouchement à terme ; le travail fut long et pénible ; on pratique une application de forceps. Au moment de la délivrance la femme présente une hémorragie abondante ; on pratique une délivrance artificielle ; les jours suivants l'hémorragie continue ; l'état général devient inquiétant : la femme est pâle ; le pouls est petit et rapide, la température est normale. On se décide à pratiquer une hystérectomie.

Opération : Laparotomie médiane ; on constate l'utérus bourré de fibromes. Hystérectomie sub-totale. Péritonisation. Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce :

L'utérus présente 2 fibromes sous-péritonéaux en état de nécrose aseptique, il existe en outre 2 fibromes sous-muqueux et intersticiels également en état de nécrose aseptique.

Suites opératoires bénignes. Guérison.

Revue le 8 mars 1934. Allaité son enfant et son état de santé est excellent.

OBSERVATION 18.

(Clin. Tarnier, personnelle).

M^{me} M..., 32 ans. I-pare. Antécédents nuls.

Grossesse normale ainsi que l'accouchement et la délivrance. Six jours après l'accouchement la femme présente brusquement une hémorragie interne très importante. L'état général de la parturiente étant très grave on se décide à intervenir.

L'opération : incision sus et sous-ombilicale.

A l'ouverture, on s'aperçoit que l'abdomen contient du sang frais disséminé dans la cavité péritonéale.

Extériorisation de l'utérus. Celui-ci est très gros comme un utérus d'une femme venant d'accoucher. Cet utérus présente au niveau de sa face antérieure un peu à gauche un fibrome sous-péritonéal de grosseur d'une noix de coco.

Celui-ci est recouvert à sa face externe d'un réseau des veines qui divergent autour de la sphère donnant absolument l'aspect d'un volumineux pellicule de de Graaf allant se rompre. Ce sont ces vaisseaux qui rompus, ont donné naissance à l'hémorragie interne. Myomectomie très facile. Hémorragie modérée. Enfouissement des vaisseaux qui saignent. Fermeture de la paroi en un plan, le péritoine étant très friable.

Examen de la pièce :

L'hémorragie provient d'une des varices situées immédiatement au niveau du pôle supérieur de la tumeur. Cette dernière est molle et présente à sa sur-

face des bandes roses. Il s'agit à n'en pas douter d'une nécrose aseptique (Brindeau).

OBSERVATION 19.

(D^r Julia : Considération sur l'apoplexie du fibrome dans les suites de couches. Thèse de Paris, 1934).

M^{me} L..., 39 ans. I-pare. Antécédents nuls.

Au cours d'un examen pratiqué au 8^e mois de la grossesse on a fait le diagnostic d'une présentation de siège d'un fibrome situé à droite de l'utérus. Une radiographie a confirmé le diagnostic clinique. Accouchement à terme ; le travail s'effectue rapidement ; présentation de siège ; naissance d'un garçon vivant pesant 2.020 gr. ; délivrance normale ; placenta complet. Quarante-huit heures après l'accouchement on constate une augmentation de volume de l'utérus ; l'accroissement de l'utérus se fait très rapidement, surtout à droite ; le palper permet de sentir une masse légèrement sensible ; dans la nuit suivante la femme ressent des douleurs violentes ; sa température est normale, le pouls est à 80 ; pas de vomissements, ni nausées ; facies normal ; la paroi abdominale est souple il n'y a aucune réaction péritonéale ; au toucher : le col est entr'ouvert, les culs-de-sac souples et indolores ; le doigt ne ramène du sang qu'en quantité normale.

Le diagnostic d'hémorragie interticielle dans le fibrome est envisagé. L'intervention est décidée.

Opération : hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales. Guérison.

Examen de la pièce : volumineux fibrome échy-motique avec de larges placards violacés ; sa consistance est ligneuse par places, avec des régions plus molles sur d'autres points ; la coupe montre un aspect truffé de la tumeur dû à la présence de foyers apoplectiques formés par l'infiltration sanguine.

OBSERVATION 20.

(Kammiker, *Zentr. f. Gyn. Gynecologi et Obstétrique*, 1929).

Femme, 30 ans. Grossesse sans incidents.

Accouchement à terme. Un mois et demi plus tard, la malade présente une forte hémorragie. A l'examen on constate que l'utérus est gros comme deux poings environ ; le canal cervical est perméable ; à la paroi postérieure se trouve une tumeur ; on décide d'intervenir ; opération : hystérectomie.

Examen de la pièce montra : un myome ayant percé la muqueuse utérine ; l'origine de la tumeur est intersticielle.

OBSERVATION 21.

(Mr Flément, *Bul. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1925).

Femme, 32 ans. I-pare. Antécédents nuls.

Mariée à 31 ans. Grossesse normale ; l'examen pratiqué à la fin de la grossesse montra la présence de plusieurs noyaux fibromateux dans la paroi antérieure de l'utérus ; l'accouchement se fit à terme ; se termina normalement ; la délivrance fut également normale ; le placenta complet ; les suites de couches furent normales

jusqu'au 12^e jour ; ce jour apparaît une légère hémorragie, qui se répéta les jours suivants. Le 17^e jour survient une hémorragie extrêmement abondante qui ne se laisse arrêter que par un tamponnement vaginal très serré ; la femme est très anémiée ; son état est tel qu'il nécessite une intervention chirurgicale immédiate.

On admet l'existence d'un fibrome sous-muqueux et on se décide d'opérer par voie abdominale.

Opération :

Hystérectomie subtotale fut pratiquée : Suites opératoires furent bénignes ; la malade se remet rapidement et quitte le service 20 jours après en bon état de santé.

Examen de la pièce montra : un utérus puerpéral dont la paroi est parsemée de multiples petits fibromes. En ouvrant l'utérus on constate au-dessus de l'insertion placentaire un noyau fibromateux enchâssé en partie seulement dans le muscle utérin, c'est cet endroit qui a été le point de départ de l'hémorragie.

OBSERVATION 22.

(*Zentralblatt für Gynäkologis* 1926. *Revue franc.*, 1928.)

Femme, 28 ans: I-pare.

Grossesse normale ainsi que l'accouchement. Pendant les suites de couches la femme présente brusquement une hémorragie abondante. On ne trouve aucun signe de rétention placentaire. Après une observation clinique prolongée on se décide à une hystérectomie vaginale.

Examen de la pièce montre : un myome intersticiel.

OBSERVATION 23.

(Clinique Tarnier, personnelle).

M^{me} M..., 27 ans. II-pare.

Dans les antécédents pathologiques on note plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu à la suite duquel s'est constituée une cardiopathie bien compensée.

La première grossesse fut normale ainsi que l'accouchement.

La deuxième évolue également sans incidents. Accouchement à terme ; application de forceps pour éviter les efforts de la période d'expulsion ; pendant l'accouchement commence une hémorragie, qui se prolonge pendant les suites de couches ; un mois après l'accouchement la femme ressentait des douleurs particulières très vives, rappelant des coliques utérines, en même temps elle put constater que les pertes qui se sont amendées un peu, sont devenues plus abondantes ; on pratique un examen au spéculum et on constate : (le col est effacé et dilaté, comme une pièce de deux francs) ; une tumeur grosse comme une petite tête fœtale, noirâtre, est accouchée par le col ; en pratiquant un toucher intra-utérin on sent l'implantation du pédicule de la tumeur, en arrière et un peu au-dessus de l'orifice interne du col ; on écrase le pédicule avec une pince ; l'extraction de la tumeur se fait très facilement ; une hémorragie assez importante se produit pendant l'opération, on pratique un tamponnement utérin et vaginal. Suites opératoires bénignes. Guérison.

OBSERVATION 24.

(Cas présenté à la Soc. de Gynécologie de Varsovie).

Femme, 22 ans. I-pare. Antécédents nuls.

La grossesse évolue sans incidents ; l'accouchement à terme ; le travail fut long et pénible ; épisiotomie ; naissance d'un enfant en état d'asphyxie, mais il fut bientôt ranimé.

Après l'accouchement l'utérus ne se rétracte pas ; une heure après eut lieu une hémorragie très importante ; on pratique une délivrance artificielle ; à ce moment on constate une grosse tumeur sur la face antérieure de la matrice ; la plus grande partie de la surface placentaire adhère à la tumeur.

Dès les premiers jours après l'accouchement la température monta à 38-40° ; les lochies furent abondantes et de plus en plus sales et fétides ; l'involution utérine ne se fait pas. L'utérus est gros, son volume est celui d'une matrice de 6 mois de grossesse.

La malade se plaint de douleurs abdominales vives ; le 11^e jour après l'accouchement la femme eut de fortes douleurs et expulse une tumeur de couleur grise. Cette dernière emplit le vagin et le col de la matrice ; le pôle supérieur de cette tumeur se prolonge dans l'utérus ; on enlève la partie vaginale de la tumeur ; deux jours après sans trop de douleurs eut lieu l'expulsion du reste de la tumeur ; pendant quelques jours la température fut à 40°, les lochies, très abondantes, contenaient des morceaux de tissu nécrosé ; l'écoulement devient petit

à petit plus propre, moins fétide ; la température redevient normale ; l'involution se fait plus rapidement un mois après la malade guérit.

L'examen histologique de la tumeur montre un fibro-myome de la matrice.

OBSERVATION 25.

(M. Meyer, *Bul. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1934).

Femme, 40 ans. VII-pare. Antécédents nuls.

Les grossesses antérieures furent normales ainsi que les accouchements. La dernière grossesse évolue également sans incidents ; l'accouchement à terme, normal ; au moment de la délivrance débute une hémorragie importante, la délivrance se fit pourtant naturellement, mais l'hémorragie continua.

L'utérus se rétracte mal, les hémostatiques sont sans effet. Peu à peu les pertes hémorragiques diminuent, la femme quoique très anémiée n'accuse aucune douleur.

Le 11^e jour après l'accouchement la température monte à 39° ; des pertes noirâtres et fétides apparaissent ; à l'examen on constate un utérus gros comme un poing, un col béant qui donne issue à un pédicule de l'épaisseur d'un petit doigt, très friable auquel se rattache une tumeur, de la taille d'une grosse orange, ramollie et sphacélée. Pendant l'examen le pédicule se laisse facilement écraser et la tumeur libérée en voie de nécrose est expulsée dans le vagin ; après l'expulsion de la tumeur l'état infectieux se maintient pen-

dant quelques jours, mais un mois après l'accouchement la femme fut guérie.

Examen histologique de la pièce montra : au centre de la tumeur un noyau de tissu blanchâtre (cotylédon) autour duquel se sont déposées des couches de sang. Il s'agissait d'une vieille villosité en grande partie nécrosée et entourée d'une coque épaisse de sang et de fibrine.

OBSERVATION 26.

(M. Vanvert. Réunion obst. de Lille. *Bul. de la Soc. de Gyn.*, 1931).

Femme, 30 ans, III-pare. Antécédents nuls.

Deux grossesses antérieures furent normales ainsi que les accouchements.

La dernière grossesse évolue également sans incidents ; l'accouchement et la délivrance se font normalement, mais immédiatement après la délivrance la femme expulse une masse dont l'examen histologique montra qu'on se trouvait en présence d'un fibrome en voie de nécrose.

OBSERVATION 27.

(MM. Gauduraut et Baussillon. Union obst. et gyn. de Lyon. *Bul. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1924).

Femme, 39 ans. II-geste. Antécédents nuls.

L'examen pendant la grossesse permet de constater l'existence d'une présentation transversale et la mort de l'enfant 10-15 jours avant l'accouchement ; ce

dernier eut lieu à terme ; expulsion d'un fœtus macéré ; délivrance normale ; placenta complet et normal ; dès le lendemain la malade présente une température de 38-39° qui se maintient les jours suivants. L'utérus est très élevé et très gros ; au bout de 8 jours il est encore perçu à 20 cm. au-dessus de la symphyse ; au toucher on constate une large perméabilité du col. Les lochies sont très abondantes et fétides. Cet état dure plusieurs jours, la palpation de l'abdomen faite à ce moment permet de reconnaître l'existence d'une masse fibromateuse, qui s'est extériorisée après avoir été imperceptible ; l'écoulement vaginal est moins intense, les lochies sont verdâtres et, d'allure sphacélique, l'abdomen devient ballonné ; l'état infectieux de la femme, rendant l'opération très dangereuse, on conseille les injections intrautérines ; 26 jours après l'accouchement la malade expulsa par le vagin une masse charnue, grisâtre d'une odeur infecte ; à la suite de cette expulsion l'involution utérine se fit plus rapidement et la femme guérit.

OBSERVATION 28.

(MM. Voron et Ducroux, *Bul. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1924).

Femme, 43 ans. XII pare. Antécédents nuls.

Les 11 grossesses antérieures furent normales et se terminèrent par des accouchements normaux à terme. Pas de complications pendant le travail, ni suites de couches.

La dernière grossesse évolue sans incidents jusqu'au

7^e mois ; à ce moment la femme présenta une hémorragie pour laquelle elle fut admise dans le service.

A l'examen on constate un début de dilatation et un placenta à insertion marginale droite. Deux heures après, apparaissent les premières douleurs ; naissance d'un enfant prématuré. La délivrance se fait spontanément mais le placenta étant très déchiqueté, on pratique une revision utérine. L'utérus est volumineux et contient un fibrome du volume d'une petite tête fœtale ; le lendemain survient une hémorragie assez importante ; on fait à la malade une injection d'extrait hypophysaire ; le lendemain on trouve dans le pansement le fibrome que la malade a expulsé presque sans s'en apercevoir ; suites simples. La malade quitte le service 15 jours après, complètement rétablie.

OBSERVATION 29.

(Eardley Rolland. Specimen of infected fibromyoma of de puerpural uterus *Gyn. et Obst.*, 1921).

Femme, 35 ans. Multipare.

Grossesse et accouchement normaux ; délivrance artificielle 3 jours après l'accouchement. A l'occasion de cette intervention on fait le diagnostic de fibrome ; l'état général de la malade est grave ; elle présente tous les signes d'infection péritonéale généralisée ; on se décide d'intervenir.

Laparotomie. Hystérectomie. Guérison.

Examen de la pièce : toute la paroi antérieure de l'utérus est occupée par un fibrome. Au milieu de cette

paroi on trouve deux perforations de toute l'épaisseur de la paroi utérine. A la paroi postérieure une autre perforation de sorte qu'il y a un trajet purulent faisant communiquer la cavité péritonéale avec la cavité utérine.

Cette perforation paraît être due à une nécrose aiguë de la paroi utérine.

OBSERVATION 30.

(M. Laffont, *Bul. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1924).

Femme, 43 ans. I-pare. Antécédents nuls.

Au cours de la grossesse fut reconnue l'existence d'un fibrome du volume d'une orange, pédiculé, au fond et à droite de l'utérus. Cette tumeur fut légèrement sensible au palper ; l'accouchement à terme ; le travail fut long et pénible, la dilatation n'est complète qu'au bout de 50 heures. A ce moment le travail ne progresse plus, la femme est fatiguée ; on pratique une application de forceps. Extraction d'un enfant vivant et bien portant. Hémorragie de la délivrance, qui nécessite une intervention (délivrance artificielle). Le lendemain l'abdomen est ballonné et très douloureux à la palpation ; l'utérus est également douloureux. Pas de vomissements ; l'état général satisfaisant ; température normale. Pouls à 110. Cet état se maintient pendant deux jours. Après le tableau change rapidement ; les signes manifestes de péritonite apparaissent ; on décide d'intervenir. Laparotomie ; un liquide, bouillon sale s'écoule aussitôt. Sur l'angle droit de l'utérus on trouve un fibrome tordu sur son pédicule ; ablation de la tumeur ; large drainage.

L'état général s'aggrave. Décès le lendemain de l'opération, c'est-à-dire 6 jours après l'accouchement.

L'examen microscopique de la pièce montra de véritables cultures de streptocoques.

OBSERVATION 31) (Laffont).

Femme, 33 ans. I-pare. Antécédents nuls.

Au cours de la grossesse la femme présentait des troubles. Vésicaux vers le 4^e mois de la grossesse la malade se plaint de douleurs localisées dans le flanc droit. C'est à ce moment qu'on fait le diagnostic d'un fibrome pédiculé au niveau de la corne droite de l'utérus. La tumeur est facilement mobilisable et assez douloureuse. L'accouchement se fit à terme ; le travail fut long mais se termina par l'expulsion spontanée d'un enfant bien portant ; la délivrance se fit normalement et complètement.

Le lendemain apparition des douleurs utérines analogues aux tranchées ; état général bon ; température à 38°5 ; quelques jours plus tard la température étant toujours à 38°5 on pratique une revision utérine qui ne ramène que de petits débris de caduque¹ ; injections utérine. Après la révision on constate une réelle détente des symptômes généraux, mais quelques jours plus tard apparaissent des vomissements ; l'état général est grave ; le pouls petit et rapide ; on se décide d'intervenir.

Opération : laparotomie ; le péritoine contient de la sérosité louche et épaisse ; la tumeur baigne dans une

véritable loge de pus ; le fibrome lui-même est transformé en une éponge de pus. Le pédicule long de plusieurs centimètres, tordu, est tellement friable qu'il se rompt au premier contact, sans déterminer la moindre hémorragie. Lavage à l'éther de la cavité péritonéale ; on respecte les adhérences ; drainage large. Décès 36 heures après l'opération.

L'examen bactériologique du pus montra des streptocoques en état de pureté.

OBSERVATION 32.

(Arturo R. Enriquez et Boero, *Gyn. et Obst.* 1928).

Femme, 30 ans.

Accouchement prématuré à terme de 8 mois. Fœtus mort. Délivrance artificielle. A ce moment on constate une tumeur fibreuse intersticielle de la paroi utérine. 24 heures après la malade se plaint de douleurs revenant toutes les 5 minutes. Les lochies sont sanguinolentes, légèrement fétides. L'utérus est volumineux et dur. La température est 38°, le pouls à 100°. Cet état se maintient pendant 8 jours. Le 9^e jour la température monte à 39°2 ; le pouls à 120 ; l'état général est grave. Les lochies sont couleur chocolat et très fétides. On se décide d'intervenir, on trouve un fibrome pédiculé de 18 cm. de diamètre ; fibrome pur sans signes de dégénérescence. La torsion pédiculaire est nette ; elle a entraîné aussi l'utérus.

CONCLUSIONS

1° Les fibromyomes de l'utérus régressent le plus souvent pendant les suites de couches.

La diminution de la tumeur se fait parfois avec une extrême rapidité. Il se produit une véritable fonte de cette dernière.

L'allaitement prolongé favorise particulièrement cette régression.

2° Les complications sont rares, mais lorsque celles-ci surviennent, elles peuvent être d'une extrême gravité.

3° L'infection et le sphacèle, favorisés par la circulation déficiente des fibromes, sont des complications qui se présentent avec le plus de fréquence. Les hémorragies sont plus rares, mais toujours graves.

4° La nécrobiose préexistante, le traumatisme de l'accouchement, le milieu ambiant plus ou moins septique sont autant de facteurs qui contribuent à la production des complications.

5° La symptomatologie est celle des infections en général, se présentant à des degrés variables en rapport avec l'intensité des phénomènes septiques.

6° Le diagnostic est facile dans les cas où l'existence du fibrome a été reconnue au cours de la grossesse ou même avant celle-ci. Mais il est très difficile dans les cas contraires.

7° Dans l'ensemble le pronostic est sérieux, mais il est cependant profondément amélioré depuis les progrès de l'asepsie et depuis que l'on sait intervenir en temps utile.

8° La conduite à tenir est la suivante :

a) *Abstention*, en absence de tout accident.

L'allaitement prolongé doit être particulièrement conseillé, car son influence favorable sur la régression des fibromes est indéniable.

b) *Intervention chirurgicale* dans tous les autres cas.

Myomectomie, dans les cas aseptiques et lorsque le fibrome est unique.

Hystérectomie abdominale, lorsqu'on se trouve en présence de fibromes multiples et infectés.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

OUVRAGES CONSULTÉS

- ALEXION (M.). — Polypes fibreux de l'utérus et gestation. Thèse de Paris, 1925.
- AKIKI (G.). — Diagnostic et traitement des fibromyomes utérins pendant la gestation. Thèse de Genève, 1930.
- ARTURO (R.), ENRIKEZ et BOERO. — Torsion axial de utéro-pyerpural producida per un fibroma. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Buenos-Aires* (Gyn. et Obst., 1928).
- BARTHÉLEMY. — Contribution à l'étude du traitement de la nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse. Thèse de Bordeaux, 1929.
- BAR et BRINDEAU. — *La pratique de l'art des accouchements*.
- BÉGOUIN. — La nécrobiose des fibromes utérins. *Paris médical*, 1922.
- BOMPART. — L'hystérectomie abdominale pour fibrome pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1931.
- BRINDEAU. — Fibromes compliqués de grossesse. *Presse médicale*, 1923.
- CHAVANNAZ. — Nécrobiose de fibromes utérins et grossesse. *Congrès de Chirurgie*, 1919.
- DEMLOVSKA. — Soc. gyn. de Varsovie, 1921 (Gyn. et Obst., 1923).
- DUQUESNE. — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1933.

- FLEMENT. — Hémorragie dans le post-partum par suite
fibrome. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1925.
- EARDLEY (Rolland). — Specimen of infected fibromyoma of de puerpural uterus. *Gyn. et Obst.*, 1921.
- GAUCHERAND et BAUSSILLON. — Expulsion spontanée
d'un fibrome sphacélé pendant les suites de
couches. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1924.
- GROSSE. — Fibrome pédiculé intracavitaire de l'utérus
gravide. Gangrène du fibrome et du fond de
l'utérus pendant les suites de couches. *Bull.
de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1922.
- JEANNIN (Cyrille). — Volumineux fibrome utérin. In-
fection puerpérale. Accidents maniaques pen-
dant les suites de couches. *Bull. de la Soc.
de Gyn. et Obst.*, 1914.
- JULIA (Albert). — Considération sur l'apoplexie du
fibrome dans les suites de couches. Thèse de
Paris, 1934.
- KAMNIKER. — Ein Fall von submucosen Myom in
Wochenbett. *Gyn. et Obst.*, 1929.
- KEIFFER. — La lypolyse de fibromyomes de l'utérus.
Revue française de gynécologie et obstétrique, 1919.
- KELLER. — Fibromes interstitiels suppurés pendant les
suites de couches. *Bull. de la Soc. de Gyn. et
Obst.*, 1925.
- LAFFONT. — A propos de deux cas de péritonite puer-
pérale à streptocoques par torsion de fibromes
pédiculés. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1924.
- LAFFONT et BONAFOS. — Un cas de fibrome sphacélé
du post-partum. *Bull. de la Soc. de Gyn. et
Obst.*, 1931.
- LEROUX. — Contribution à l'étude de la nécrobiose des
fibromes de l'utérus durant la grossesse.
Thèse de Paris, 1923.

- LEVANT. — Le traitement chirurgical des fibromes au cours de la puerpéralité. *La Médecine*, avril 1934.
- MAHON (Raymond). — Faut-il opérer les fibromes nécrobiosés au cours de la grossesse ? *Bordeaux Chirurgical*, 1933.
- MICHEL et ROUSSEAU. — Nécrobiose aiguë d'un fibrome après l'accouchement chez une femme ayant eu 12 grossesses. *Congrès de Gynéc. et Obst. de Paris*, séance du 21 janvier 1931.
- MEYER. — A propos d'un polype placentaire simulant un fibrome pédiculé dans le post-partum. *Congrès de Gynéc. et Obstétrique de Paris*, séance du 7 janvier 1933.
- MULLER. — Travail de service de Gynécologie et Obstétrique de l'hôpit. de Mulhouse. *Gyn. et Obst.*, 1931.
- PANCOT. — Un fibrome sphacélé dans le post-partum. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1927.
- PIQUAUD et LEMELAND. — Les altérations des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité. *L'obstétrique*, 1910.
- POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Précis d'Obstétrique*.
- VANVERTS. — Gros polype expulsé après l'accouchement Réunion obstétricale de Lille. Séance du 29 octobre 1930. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1931.
- VORON et DUCROUX. — Expulsion spontanée du fibrome deux jours après l'accouchement. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, 1924.

